

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский
университет Федерального агентства по здравоохранению
и социальному развитию»

Министерство здравоохранения Ростовской области

Всероссийское научное общество кардиологов

Ростовское научное общество кардиологов

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ IX СЪЕЗДА КАРДИОЛОГОВ

ЮГА РОССИИ

25–27 мая 2010 г.

г. Кисловодск

Ростов-на-Дону

2010

менные пароксизмы ФП (6,4%). Постоянная форма ФП была выявлена 1,2% ВА. Следует подчеркнуть, что у 50,0% ВА с аритмиями имело место различное сочетание желудочковых и наджелудочковых нарушений ритма. Наиболее часто сочетания аритмий наблюдались среди лиц 40 лет и старше; чаще всего (22,4%) — ЖЭ и НЖЭ. Пароксизмальные НЖТ, в т.ч. пароксизмы ФП, во всех случаях возникали на фоне других НРС: частой НЖЭ (11,2%), у 4,7% — в сочетании с ЖЭ и НЖЭ; в 5,6% возникали эпизоды ЖТ на фоне ЖЭ высоких градаций. У 11,1% ВА выявлены нарушения проводимости: у 2,5% — миграция суправентрикулярного водителя ритма, у 2,5% — атриовентрикулярная блокада I и у 1,2% — II степени, блокада левой ножки пучка Гиса у 4,9%. Из 107 лиц с НРС (СМ ЭКГ) только 27 (25,2%) имели аналогичные нарушения на ЭКГ покоя. У ВА с НРС в 75% случаев наблюдались НМК; при этом у всех обследованных установлены отклонения системы оперативного реагирования.

Итак, обнаружена высокая частота НРС (76,5%), АГ (38,0%) и НМК (16,5%) у ВА, а также угнетение индивидуальных профессиональных качеств, что характеризует значительный сердечно-сосудистый риск и вероятность возникновения ДТП.

**НЕДОСТАТОЧНАЯ «ИНВАЗИВНАЯ» АКТИВНОСТЬ
ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА
ПРИВОДИТ К ЗНАЧИТЕЛЬНОМУ ПОВЫШЕНИЮ
ЛЕТАЛЬНОСТИ (СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИСТРОВ
«РЕКОРД» И EHS-ACS-Snapshot).**

*Эрлих А. Д. от имени участников регистра «РЕКОРД»
ФГУ «НИИ Физико-химической медицины» ФМБА России, г. Москва*

Предпосылки: Согласно современным рекомендациям по лечению острых коронарных синдромов (ОКС), у больных высокого и умеренного риска должны обязательно применяться внутрикоронарные инвазивные процедуры. Хотя в последние годы в России появляется всё больше стационаров с возможностью выполнять коронарографию (КАГ) и чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ), эти процедуры пока используются недостаточно широко, особенно у больных высокого и умеренного риска. Остаётся до конца не изученным вопрос о том, влияет ли на прогноз такая недостаточная «инвазивная» активность при ОКС.

Материал и методы. Использовался метод простого сравнения двух независимых популяций больных с острым инфарктом миокар-

да (ОИМ): включённых в российский регистр ОКС «РЕКОРД» (участники — 18 стационаров из 13 российских городов; включались больные с симптомами ОКС в ближайшие 24 часа; время проведения ноябрь 2007 — февраль 2008 гг; включено 796 больных, из них с ОИМ — 410 [51,5%]) и в «краткосрочный» регистр ОКС, проводимый Европейским обществом кардиологов EHS-ACS-Snapshot (участники 485 стационаров в 47 странах; набор больных — 7–13.12.09 г; больные с признаками ОИМ, и началом симптомов <48 ч до поступления; включено 3109 больных; В России — 128). Данные о результатах регистра EHS-ACS-Snapshot взяты с сайта www.euroheartsurvey.org.

Результаты: Средний возраст больных в регистре Snapshot составил 65 ± 13 лет (от 23 до 98 лет), а в регистре «РЕКОРД» — 66 ± 12 лет (от 31 до 91 года). Доля мужчин (70%) была одинаковой в обоих регистрах. ИМ в анамнезе был у 22% больных в регистре Snapshot и 36% больных в регистре «РЕКОРД», гипертония — у 65% и 87%, сахарный диабет — у 25% и 20%, гиперлипидемия — у 44% и 25%, курили 33% и 30% больных. Среднее значение прогностической шкалы GRACE было 156 ± 35 и 145 ± 46 , доля больных с ОИМ и подъёмами ST — 56% и 57%, передняя локализация ИМ — у 47% и 51% больных. Лечение в стационаре: аспирин получили 93% больных в регистре Snapshot и 96% больных в регистре «РЕКОРД», клопидогрель — 86% и 42%, блокаторы IIb/IIIa рецепторов — 19% и 0,5%, низкомолекулярный гепарин (НМГ) — 51% и 13%, нефракционированный гепарин (НФГ) — 42% и 82%, ингибиторы АПФ — 79% и 86%, бета-блокаторы — 80% и 88%.

В стационары, имеющие оборудование для КАГ госпитализированы 75% больных из регистра Snapshot и 61% — из регистра «РЕКОРД». КАГ выполнена у 69% и 32%, а ЧКВ — у 55% и 27%. В регистре Snapshot среди больных, госпитализированных в «инвазивные» стационары, КАГ не была выполнена у 8%, а ЧКВ — у 27% больных. У больных в регистре «РЕКОРД», попавших в «инвазивные» стационары, КАГ и ЧКВ не сделаны 48% и 56% больным соответственно.

Общая летальность за время госпитализации в регистре Snapshot была 6,9%, а в регистре «РЕКОРД» — 13,2%. Кардиогенный шок развился у 6% и 10%, реИМ — у 3,1% и 8,3%, инсульт — у 1,1% и 1,2%, большое кровотечение — у 1,8% и 0,9%, внутричерепное кровотечение — у 0,4% и 0,2% больных.

Заключение. 1) Несмотря на схожие анамнестические показатели, близкое к одинаковому значению потенциального риска (шкала GRACE) у больных с ОИМ, включённых в регистры EHS-ACS-Snapshot и «РЕКОРД», показатели неблагоприятного исхода (смерть, реИМ) за время го-

спитализации значимо хуже в той группе больных, где реже выполнялось ЧКВ. 2) Даже при попадании в «инвазивный» стационар, больным, включённым в регистр «РЕКОРД», реже выполнялись КАГ и ЧКВ.

ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШАЯ БЕССИМПТОМНАЯ ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ: АНАЛИЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ.

*Юрьева С. В., Сердечная Е. В., Попов В. В., Казакевич Е. В., Соснина Е. А.
Северный государственный медицинский университет, ФГУ «СМЦ
им. Н. А. Семашко ФМБА России», г. Архангельск*

Цель: Оценить выживаемость больных с впервые возникшей бессимптомной фибрилляцией предсердий (ФП) при двух подходах к лечению.

Методы: проведен ретроспективный анализ течения ФП с 1980 по 2004 год. В исследование были включены 327 пациентов с впервые возникшей бессимптомной формой ФП. В группу контроля частоты сердечных сокращений (ЧСС) было включено 136 пациентов, в группу контроля ритма 191 пациент. В дальнейшем учитывались все рецидивы, развитие тромбоэмболических осложнений (ТЭО), нарастание класса сердечной недостаточности (СН) по госпитализации пациентов и обращения в поликлинику. Первичная конечная точка исследования была смерть больного. При анализе выживаемости больных использована модель пропорционального риска Кокса.

Результаты: пациенты с впервые возникшей бессимптомной ФП у которых использовалась стратегия контроля ЧСС были старше 67,0 (59,0–73,0) ($p < 0,001$). Чаще имели ишемическую болезнь сердца (ИБС) в анамнезе 93 (68,4) ($p = 0,011$), сочетание ИБС и артериальной гипертензии (АГ) 119 (87,5%) ($p = 0,036$), наличие СН III и IV ФК 40 (29,4%) ($p < 0,001$), чаще имели 2 и более факторов риска ТЭО 120 (88,2%) ($p = 0,001$) и гипертрофию левого желудочка (ЛЖ) 2 ст. 87 (64,1%) ($p = 0,003$). Средняя ЧСС так же была выше при стратегии контроля ЧСС 99,0 уд. в мин. (80,0–120,0) ($p = 0,012$).

Среди пациентов у которых использовалась стратегия контроля ритма чаще были мужчины 141 (73,8%) ($p = 0,041$), у них чаще наблюдалась идиопатическая форма ФП 15 (7,9%) ($p = 0,003$), пациенты этой группы чаще злоупотребляли алкоголем один раз в неделю и более 94 (49,2) ($p = 0,018$), имели меньшие размеры левого предсердия (ЛП) 42,0 мм (39,0–45,0) ($p < 0,001$) и средние значения фракции выброса левого желудочка (ФВ ЛЖ) были выше 61,0% (51,5–66,5) ($p = 0,021$).